

147

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 15 Mars 1893, à 1 heure

PAR JOSEPH FÉOLDE,

Né à La Chapelle (Seine), le 19 Mars 1857.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MYALGIES

Président : M. LANNELONGUE, Professeur.

Juges : MM. } FOURNIER, Professeur.
 } DEJERINE et TUFFIER, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

147

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 15 Mars 1893, à 1 heure

PAR JOSEPH FÉOLDE,

Né à La Chapelle (Seine), le 19 Mars 1887.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MYALGIES

Président : M. LANNELONGUE, Professeur.

Juges : MM. } FOURNIER, Professeur.
} DEJERINE et TUFFIER, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 - Rue Racine - 15

1893

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen..... M.		BROUARDEL.
	Professeurs.....		MM.
Anatomie.....			FARABEUF.
Physiologie.....			CH. RICHEL.
Physique médicale.....			GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....			A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....			RAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....			BOUCHARD.
Pathologie médicale.....			DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....			DEBOVE.
Anatomie pathologique.....			LANNELONGUE.
Histologie.....			CORNIL.
Opérations et appareils.....			MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....			N.
Thérapeutique et matière médicale.....			REGNAULD.
Hygiène.....			HAYEM.
Médecine légale.....			PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....			BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....			LABOULBENE.
			STRAUS.
			G. SÉE.
Clinique médicale.....			POTAIN.
			JACCOUD.
			PETER.
			GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....			BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....			FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....			CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....			TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....			LE FORT.
			DUPLAY.
			LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....			GUYON.
Clinique ophthalmologique.....			PANAS.
Cliniques d'accouchements.....			TARNIER.
			PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SEBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	TUFFIER.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	REITERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

* Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES CHERS DÉFUNTS

A MA MÈRE

A MON FRÈRE GUSTAVE

Ingénieur des Arts et Manufactures

Docteur en droit

Avocat à la Cour d'appel de Paris

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS ET DE LILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNELONGUE

Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'hôpital Trousseau
Officier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Nous nous proposons, dans le travail qui va suivre, de traiter quelques Myalgies avec l'intention de bien montrer leur nature, leur symptomatologie, leur marche, leur terminaison.

Nous aurions voulu publier quelques observations à l'appui de notre Thèse. Malheureusement, la chose ne nous a pas été possible. Nous n'avons pas pu trouver d'observations publiées et nous n'avons pas eu pour le moment de malade à observer. Nous regrettons vivement cette lacune tout en espérant qu'on voudra bien ne pas nous en tenir rigueur.

Le cadre de notre Thèse, le temps que nous avons à lui consacrer, ne nous ont pas permis d'étudier toutes les Myalgies. Nous avons pris dans chaque classe, deux, quelquefois trois types que nous nous sommes efforcé de traiter avec le plus de soin possible.

Nous diviserons ce travail en cinq parties :

I. Dans un premier chapitre, nous avons cru utile de

répéter l'anatomie, la physiologie et l'anatomie pathologique du muscle. Nous ne voyons, bien entendu, que ce qui a trait à notre sujet. Qu'on nous pardonne ce hors-d'œuvre, qui nous a paru utile à bien faire comprendre notre travail.

II. Dans un second chapitre, nous traitons les Myalgies rhumatismales.

III. Enfin les Myalgies infectieuses viennent clore notre travail.

IV. Dans une quatrième partie, nous voyons en quelques mots la marche, la durée, la terminaison des Myalgies.

Nous terminons par des Conclusions.

Nous remercions bien vivement M. le docteur Lyon, chef de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, qui nous a donné l'idée de ce travail.

Nous adressons à tous nos maîtres des hôpitaux de Paris et de Lille, l'assurance de notre plus vive gratitude.

Que M. le professeur Lannelongue, qui a bien voulu accepter la présidence de notre Thèse, daigne agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance.

ANATOMIE

L'élément anatomique essentiel du muscle strié est la fibre primitive ou faisceau primitif; elle est formée : 1° D'une gaine transparente, le sarcolemme ; 2° De la substance musculaire ou contractile proprement dite, offrant des stries transversales et des stries longitudinales, moins accusées que les premières ; 3° De ce que l'on appelle la cellule musculaire et qui est formé par un noyau entouré d'une petite masse de protoplasma interposée entre le sarcolemme et la substance contractile. Les fibres primitives sont unies les unes aux autres par un tissu conjonctif très délicat, le périnysium ; enfin, sous le nom de périnysium externe, on désigne le tissu conjonctif plus dense qui enveloppe la fibrille musculaire macroscopique, résultant de la réunion d'un grand nombre de fibrilles primitives. Chacune de ces parties constitutives du muscle peut devenir le siège d'altérations variables, dont les plus importantes sont celles qui intéressent la substance contractile proprement dite.

Les muscles reçoivent des vaisseaux, des nerfs.

« Les artères sont peu volumineuses, mais toujours
« multiples pour chaque muscle. Elles plongent obli-
« quement ou perpendiculairement dans les muscles.
« En pénétrant dans ces organes, les branches arté-
« rielles se divisent en rameaux et ramuscules de plus
« en plus grêles, qui serpentent dans les intervalles
« compris entre les faisceaux de divers ordres, en
« s'anastomosant par de nombreuses divisions trans-
« versales. Tous ces rameaux et ramuscules sont situés
« dans l'épaisseur des cloisons celluleuses. Les plus
« déliés se répandent sur la périphérie des faisceaux
« secondaires, qu'ils entourent aussi de leurs anasto-
« moses. De ces dernières divisions naissent des capil-
« laires très nombreux, dont la ténuité est si grande,
« qu'ils surpassent à peine le diamètre des globules
« sanguins; ils forment un réseau qui s'insinue entre
« les faisceaux primitifs pour s'appliquer à leur sur-
« face sans pénétrer dans leur épaisseur.

« Aux deux extrémités des muscles, les artères qui
« se ramifient dans le tissu contractile se continuent
« avec celles des tendons. » Sappey.

A chaque artère musculaire correspondent généra-
lement deux veines, sauf à la tête.

Sur le trajet des principaux vaisseaux de membres
des parois thoraciques et abdominales, on observe des
trons lymphatiques qui tirent leur origine du système
musculaire; des faisceaux primitifs probablement.

« Dans l'épaisseur des muscles, les nerfs se parta-
« gent en branches, rameaux et ramuscules qui sui-
« vent, comme les artères et les veines, les cloisons

« celluluses, et qui croisent en général les faisceaux
« contractiles en échangeant de nombreuses anasto-
« moses. De ces divisions, se détachent des ramifica-
« tions composées de deux ou trois tubes, ou de tubes
« isolés. Après un court trajet, certains tubes se
« bifurquent, et chacune de leurs divisions peut se
« diviser et se subdiviser encore. Les tubes nerveux
« pénètrent dans les vaisseaux primitifs, tantôt à angle
« droit, tantôt obliquement, tantôt parallèlement à ces
« faisceaux. La gaine du tube s'évase, se continue
« avec le sarcolemme au point d'immersion. A ce
« niveau, cesse la couche médullaire. Le cylinder axis
« se termine par un épanouissement à la face interne
« du myolemme. »

Beaunis, dans son *Traité de Physiologie*, s'exprime de la façon suivante sur la sensibilité musculaire :

« L'existence des nerfs sensitifs dans les muscles et
« les tendons est aujourd'hui démontrée, et on peut
« admettre avec Arnold, Brown-Séguard, etc., que ces
« fibres centripètes, allant des muscles aux centres
« nerveux, transmettent à ces centres la sensation de
« la contraction musculaire faite et exécutée.

« Outre les filets moteurs, tous les muscles, en effet,
« reçoivent des filets nerveux sensitifs. Quoique la
« terminaison de ces nerfs sensitifs dans les muscles ne
« soit pas encore parfaitement connue, on ne peut
« mettre en doute leur existence. Du reste, les phéno-
« mènes de la fatigue musculaire, de la crampe, ne
« peuvent guère s'expliquer que par la présence des
« fibres nerveuses sensitives. Sachs a vu sur la gro-

« nouille empoisonnée par la strychnine (pour aug-
« menter l'excitabilité réflexe), l'excitation du bout
« central du nerf musculaire du couturier, produire des
« crampes réflexes, même après la section des racines
« antérieures. L'excitation par l'ammoniaque de la
« coupe du couturier, dans sa partie dépourvue de
« nerfs, produit le même effet, preuve que la contrac-
« tion musculaire, à elle seule, suffit pour exciter les
« nerfs sensitifs musculaires. Enfin, Sachs, après la
« section des racines antérieures du nerf sciatique,
« chez la grenouille, a constaté la présence de quel-
« ques fibres nerveuses intactes à une époque où toutes
« les fibres motrices étaient dégénérées ; ces fibres
« intactes, devaient donc appartenir à des filets sensi-
« tifs. » Beaunis.

Les muscles peuvent être piqués, délacérés, coupés, sans qu'il y ait douleur, cependant ils sont le siège de douleurs par cause interne, comme celles de la crampe, de la fatigue.

La localisation des sensations douloureuses se fait d'une façon peu précise. Quelquefois, elles se fixent dans un point déterminé ou suivent les ramifications nerveuses, mais le plus ordinairement elles sont diffuses et ne peuvent être localisées, surtout quand il s'agit d'organes profonds.

Les muscles peuvent être atteints de beaucoup de lésions. De toutes, l'atrophie musculaire est la plus commune ; elle se combine, avec d'autres processus, les dégénérescences et les myosites.

Les muscles atrophiés diminuent de volume ; leur

consistance devient mollassse, parfois presque gélatineuse. Leur coloration est quelquefois brune, le plus souvent pâle et presque incolore.

L'atrophie porte d'abord sur la substance contractile, qui se détache du sarcolemme ; les noyaux et le protoplasma résistent davantage et la fibre présente à leur niveau des gonflements plus ou moins accusés. La strie persiste fort longtemps. Au degré le plus élevé, le sarcolemme rétracté n'est plus qu'une gaine vide.

Il existe aussi deux sortes de dégénérescences : la dégénérescence graisseuse, la dégénérescence cireuse, que les auteurs français, Hayem, entre autres, préférèrent appeler vitreuse.

Dans la dégénérescence graisseuse, les faisceaux musculaires sont opaques, granuleux et friables. Ces granulations résistent à l'acide acétique. Cette dégénérescence débute au voisinage des noyaux ; les granulations se disposent en séries longitudinales dans les intervalles des faisceaux primitifs ; elles masquent et effacent la striation transversale. La graisse provient de modifications dégénératives locales.

La dégénérescence vitreuse porte principalement son action sur la substance contractile elle-même. Elle est localisée, à certaines régions d'un muscle et à certains de ses faisceaux. Les muscles présentent une coloration rougeâtre, semblable à celle de la chair de poisson. Ces muscles sont fragiles, secs, sujets à des ruptures spontanées qui s'accompagnent toujours d'hémorragie interstitielle. La substance contractile est transformée en masse brillante, transparente comme du verre.

Les maladies infectieuses, pour la plupart, déterminent des lésions dégénératives des fibres musculaires, dont la dégénérescence vitreuse de la substance contractile est le type le plus fréquent.

MYALGIES RHUMATISMALES

Rhumatisme musculaire.

Le rhumatisme musculaire présente trois types différents.

Dans une première variété, les douleurs sont très vives, mais de courte durée. Elles apparaissent de temps à autre, sous diverses causes, et occupent toute une masse musculaire sans être généralisées comme dans le rhumatisme articulaire. Ce sont les véritables Myalgies. Nous nous arrêterons plus longtemps sur cette variété qui fait l'objet propre de notre travail.

Dans un second groupe, on étudie le rhumatisme musculaire aigu.

En dernier lieu, vient le rhumatisme chronique.

Anatomie pathologique. — « Dans le rhumatisme articulaire aigu, M. Hayem, recherchant l'état anatomique des muscles voisins des articulations et qui « avaient été douloureux pendant la vie, a trouvé constamment des phénomènes de myosite positive : fibres musculaires rigides, gonflées et légèrement granu-

« leuses; d'autres ont subi la métamorphose vitreuse,
« et ainsi s'explique, sans doute, la contracture qui,
« dans ces cas, serait au moins en partie passive. »
Hayem.

Assurément, les altérations ne sont pas aussi avancées dans le rhumatisme commun des muscles, lequel ne s'accompagne ni de tuméfaction appréciable, ni de contracture; mais, dans ces derniers cas, il est plus que vraisemblable que les lésions diffèrent peu de ce qui vient d'être décrit pour le rhumatisme articulaire aigu. C'est ici une affaire de degré, et, pour les cas les plus simples, l'hyperhémie, les dilatations vasculaires, quelques exsudations conjonctives et quelques troubles trophiques, souvent permanents malgré l'intermittence des crises douloureuses, constituent très probablement la lésion propre. Celle-ci, comme dans un grand nombre de manifestations rhumatismales externes ou internes, persiste longtemps après la cessation apparente, et tant que son évolution n'aura pas atteint les dernières phases qui sont l'atrophie ou la résolution complète, les moindres causes ramèneront mathématiquement aux mêmes points des exacerbations douloureuses.

Le plus habituellement, même dans les formes les plus aiguës et les plus accentuées du rhumatisme musculaire, la phlegmasie reste rhumatismale, c'est-à-dire qu'elle ne dépasse pas plus que dans les articulations le stade hyperhémique ou exsudatif simple, et qu'elle n'aboutit pas d'ordinaire à la suppuration.

La lésion la plus manifeste et la plus importante peut-être du rhumatisme des muscles consiste dans

l'atrophie qui peut survenir à l'état aigu, mais transitoire; si elle est légère, ou facilement curable, si elle est rapidement attaquée d'une manière convenable.

Ce n'est peut-être, en effet, que par l'intermédiaire des nerfs musculaires que le muscle lui-même éprouve les altérations diverses, physiques ou fonctionnelles qui appartiennent au rhumatisme musculaire, soit qu'ils aient été directement irrités par le froid, un traumatisme interne ou externe, un abus fonctionnel; soit qu'ils transmettent seulement, à la périphérie, des expansions morbides émanées des centres par action directe ou réflexe; soit, enfin, chose plus douteuse à cause de la localisation si fréquente du mal, qu'ils soient mis dans une condition morbide par suite de quelque altération sanguine. Les phénomènes trophiques qui se passent dans le muscle hyperhémie, inflammation parfois, puis diminution de masse, de contractibilité, proviennent de la même source et ramènent invariablement à l'appareil nerveux la notion de la cause instrumentale. Besnier.

Fréquent dans la saison chaude, le rhumatisme musculaire frappe plutôt les hommes que les femmes; le refroidissement du corps en transpiration ou fatigué en est la cause presque constante. Il est bien entendu que les prédispositions individuelles, l'hérédité, interviennent pour une large part.

La douleur est l'élément dominant. Elle est très variable.

Tantôt, elle se produit seulement pendant la contraction musculaire; le malade éprouve une douleur assez

vive quand il veut faire mouvoir le muscle rhumatisé; l'immobilité n'est pas absolue.

A un degré intermédiaire, la douleur est plus vive, arrache un cri au malade; le mouvement est impossible. Dès que le relâchement du muscle se produit, la douleur cesse.

Enfin, dans une troisième variété, la souffrance persiste dans le repos et le muscle endolori est immobile.

Les souffrances sont très vives. Les malades éprouvent des sensations de déchirement, d'arrachement avec exacerbations nocturnes. Elles sont accompagnées de fièvre assez vive, mais de courte durée, d'inappétence, de brisement général.

Dans les formes subaigues ou chroniques, les phénomènes douloureux persistent pendant plusieurs semaines avec des alternatives d'exagération ou d'acalmie. Il est fréquent, surtout en certaines régions, l'épaule par exemple, de voir les muscles qui ont été longtemps rhumatisés s'atrophier progressivement.

Dans les Myalgies, les symptômes sont loin d'avoir une telle intensité. L'impotence fonctionnelle temporaire et la douleur de courte durée sont les seuls phénomènes observés.

Remarquons, tout d'abord, que ces douleurs ne suivent pas les trajets nerveux. Le malade éprouve une douleur sourde qui va croissant et cesse tout à coup. En un mot, la douleur est diffuse, et quand elle prédomine dans un endroit, ce point est étranger à la distribution d'un nerf.

On peut donc affirmer que si les muscles sont ren-

muscles immobiles, impotents, ils ne sont pas, pour cela, frappés de paralysie. L'expérience suivante confirme cette opinion : On fait une injection sous-cutanée de morphine dans une masse musculaire rhumatisée, on supprime, par conséquent, la douleur, et le malade peut faire mouvoir les muscles qui étaient impotents quelques instants auparavant.

OBSERVATION I.

Le 15 décembre 1892, M. C..., âgé de 50 ans, est obligé, pour se rendre à ses affaires, de traverser, à pied, sous une pluie diluvienne, une partie du bois de Vincennes. Eloigné de son domicile, retenu par ses occupations, il ne peut changer de linge et de vêtements que cinq ou six heures plus tard.

Le 16 décembre, il ressent, dans la masse musculaire du bras droit, une violente douleur qui le met dans l'impossibilité de s'habiller ou de se déshabiller. La moindre pression sur la partie malade exaspère la douleur.

Pas de fièvre.

L'articulation scapulo-humérale est intacte ; la douleur siège dans les muscles d'une façon diffuse.

Le 20 décembre, la douleur cesse brusquement.

Voilà certes un véritable type de Myalgie aiguë : M. C... est soumis à l'action du froid humide. Le lendemain, il ressent des douleurs rendues plus vives par la contraction des muscles. Pour tout traitement, il se

contente de se vêtir plus chaudement. Quatre jours après, il est brusquement guéri. Il est clair qu'on ne saurait ici accuser la paralysie d'être l'origine de la lésion. L'évolution rapide de l'affection qui ne laisse aucune trace de son passage éloigne cette idée.

L'Observation qui va suivre contribuera à nous former une idée plus précise. Il s'agit d'une Myalgie chronique.

OBSERVATION II.

Un praticien de nos amis, le Dr X..., ressent depuis quatre ou cinq mois une douleur vague dans la masse musculaire du bras gauche. Cette douleur se réveille sous l'influence du moindre effort. Comme M. C..., X... ne peut s'habiller lui-même. Toutefois, les douleurs dont il souffre sont bien moins vives que chez M. C.... Ainsi il peut jouer au billard et n'éprouve une douleur vive que s'il vient à donner un coup d'épaule.

Pas de fièvre. Articulation scapulo-humérale intacte.

L'affection que nous relatons date de cinq mois et on ne constate, dans la masse musculaire en état de Myalgie, aucune trace d'atrophie. Le bras gauche a absolument le même volume que le bras droit.

Les muscles ne sont donc pas paralysés. En effet, s'il y avait eu paralysie, l'atrophie musculaire n'aurait pas attendu quatre mois pour se produire, et on noterait déjà au moins une différence de volume entre les deux bras.

L'examen du muscle atteint de Myalgie ne dévoile aucun changement appréciable dans l'aspect de celui-ci. La Myalgie ne dépasse pas le stade hyperhémique, elle est donc rhumatismale; de plus, même dans les cas chroniques, elle ne se complique pas d'atrophie.

La Myalgie est donc le rhumatisme musculaire réduit à sa plus simple expression.

Certaines Myalgies méritent une mention spéciale. C'est ainsi qu'une variété de torticolis, dite torticolis rhumatismal ou acquis, peut et doit être rangée dans la classe des Myalgies.

Cette variété de torticolis est causée, le plus habituellement, par l'action prolongée du froid humide, qui détermine une véritable Myalgie ayant pour agent le muscle sterno-cleïdo-mastoldien.

Deux symptômes dévoilent cette affection : 1° L'inclinaison de la tête sur l'épaule; 2° une douleur vive dès que la tête veut s'écarter de la position vicieuse qu'elle a prise. Cet état dure un jour ou deux : la douleur cesse au bout de ce temps, et la tête reprend sa position normale.

L'affection ne laisse aucune trace de son passage.

La lésion du muscle est une contraction passagère, qui ne laisse derrière elle ni rétraction ni altération dans la structure de la fibre musculaire. C'est donc bien une Myalgie.

La Pleurodynie ou rhumatisme musculaire des parois thoraciques est encore une affection locale, sans réaction fébrile et caractérisée par une douleur vive, lancinante, occupant, en général, le muscle grand pectoral

gauche. Disons, en passant, que tous les muscles de la paroi thoracique peuvent être atteints. La durée de l'affection est éphémère.

On ne saurait confondre cette pleurodynie avec la névralgie intercostale. Dans ce cas, la douleur est plus aiguë et correspond au trajet d'un nerf intercostal. Dans la pleurodynie, au contraire, la douleur occupe toute la masse musculaire; elle est diffuse, n'a pas d'exacerbations douloureuses aux points correspondants à l'émergence des nerfs, notamment au niveau de la gouttière vertébrale.

Nous arrivons à une variété de Myalgie rhumatismale dont l'anatomie pathologique est inconnue, le lumbago ou affection douloureuse des muscles de la région lombaire. Tout ce qui peut causer le rhumatisme peut faire naître le lumbago.

Le lumbago débute brusquement par une douleur bilatérale brûlante, pongitive, ou sourde et profonde. Très vive dans la station debout, elle diminue d'intensité ou cesse complètement dans le décubitus horizontal.

La durée moyenne est de trois à quatre jours. Le passage à l'état chronique est rare.

Au point de vue du diagnostic différentiel, le lumbago peut causer de graves erreurs. Toutefois, quand il s'agit des affections des vertèbres ou de la moelle des abcès par congestion, certains symptômes mettent le clinicien sur la voie. La bilatéralité de la douleur est un des meilleurs signes en faveur du lumbago.

Il en est de même des névralgies des derniers nerfs

intercostaux. Dans ce cas, les douleurs névralgiques ont un siège plus élevé que celui des douleurs du lumbago; de plus, elles sont unilatérales. La névralgie lombo-abdominale est aussi révélée par l'unité de la douleur.

Dans la variole, la douleur lombaire est accompagnée de fièvre, de nausées, de vomissements.

Il existe, enfin, une dernière classe de Myalgie.

Nous voulons parler des crampes, ces contractions involontaires, douloureuses et passagères d'un ou plusieurs muscles.

Les crampes surviennent ordinairement la nuit, et apparaissent, le plus souvent, sur les jumeaux, le soléaire, le plantaire grêle, les fléchisseurs, etc.

C'est une convulsion tonique, dans laquelle les fibres musculaires se raidissent et forment une saillie dure, rigide, douloureuse. La partie malade est immobile.

Le point de départ des crampes peut être variable.

Si nous considérons les muscles, nous constatons qu'une position longtemps conservée, qu'une marche excessive peuvent occasionner des crampes. La production des crampes peut aussi puiser son origine dans l'état des nerfs qui se rendent aux muscles affectés : les névralgies sont souvent accompagnées de crampes. La compression d'un nerf par une tumeur peut produire le même effet. L'altération du sang, dans certaines affections, comme le choléra, cause des crampes. Les crampes peuvent naître également sous l'influence d'excitations réflexes, ainsi que nous le verrons plus loin dans l'étude de la goutte.

MYALGIES INFECTIEUSES MIXTES

Les gouteux éprouvent souvent, dans le cours des accès, des crampes douloureuses dans les masses musculaires des membres ; ils sont sujets au lumbago et peuvent ressentir des douleurs très vives sous forme de points dans les parois de la poitrine ; elles occupent probablement les muscles intercostaux où le tissu fibreux des parois thoraciques (pleurodynie gouteuse). Ces sensations sont assez souvent désignées par les malades sous le nom de douleurs rhumatoïdes, mais en réalité elles appartiennent à la goutte. (Charcot.)

Nous n'avons pas la pensée de contredire l'enseignement de M. le professeur Charcot, mais en étudiant ces crampes nous ferons voir qu'à côté des douleurs propres à la goutte peuvent exister des douleurs rhumatismales.

L'origine de la goutte remonte très haut. On en retrouve la trace dans presque tous les écrits que nous ont légués les auteurs anciens. Cette affection offrait de telles ressemblances avec le rhumatisme, que pendant plusieurs siècles, on décrivait ensemble la goutte et le

rhumatisme, désignant ces deux affections sous le nom générique d'arthritisme. Bouillaut, le premier, contribua à opérer une scission, à donner au rhumatisme une place bien fixe et à en faire une entité morbide. Les recherches continuèrent, et grâce aux travaux de M. le professeur Charcot, la goutte put acquérir son autonomie.

Si les anciens n'avaient pu entrevoir cette distinction, quelle en était donc la cause ? C'est que la goutte offre, comme le rhumatisme, des douleurs articulaires et des douleurs musculaires.

Brusquement, dans la nuit, à la suite d'un excès de table, entre minuit et une heure du matin, le patient se réveille, aux prises avec une douleur très vive, siégeant généralement au gros orteil. Cette douleur devient rapidement intolérable. Le malade vous supplie de lui porter secours ; il lui semble qu'on lui arrache, qu'on lui tord le pied. Vers le matin cette douleur diminue, et il ne reste de l'accès qu'un orteil volumineux ; la peau qui le recouvre est rouge, tendue, luisante.

Le lendemain soir, dès que le malade est au lit, la chaleur provoque un nouvel accès.

Enfin, l'accès guéri, il reste au niveau de l'articulation des concrétions d'oxalate de chaux, formant des tumeurs grosses, tantôt comme un pois, tantôt comme une petite noisette.

A côté de ces douleurs articulaires et des diverses manifestations de la goutte, que le cadre de notre travail nous empêche de traiter, il existe un symptôme qui manque rarement chez les gouteux. Nous voulons parler des crampes.

Dans l'intervalle des accès, pendant les accès même, apparaissent de véritables crampes qui font horriblement souffrir les malades. C'est un symptôme aussi pénible que constant, il se manifeste le plus souvent pendant la nuit.

Les avis sont très partagés sur la nature de ces crampes.

Les uns y voient une contraction spasmodique de la fibre musculaire survenant en dehors de toute participation du nerf, sous l'influence de l'irritation locale produite par le sang chargé d'acide urique.

Les autres invoquent la dégénérescence de la fibre musculaire.

MM. Jaccoud et Labadié-Lagrave, admettent l'athérome artériel qui provoquerait une ischémie locale.

Enfin, M. Rendu, dans l'article *Goutte*, du Dictionnaire Dechambre, dit que le point de départ de ces crampes semble résider dans la moelle. Il cite, à l'appui de son dire, le cas suivant :

Une dame de race goutteuse (père gouteux, mère diabétique), atteinte de crampes et d'inquiétudes continues des membres inférieurs, présentait une exagération considérable du réflexe rotulien : or, il est bien démontré que ce symptôme tient à un état particulier d'irritabilité de la substance grise centrale.

Malheureusement, l'observation de M. Rendu est unique, et on doit se demander s'il n'y a pas là l'existence simultanée de deux affections, absolument distinctes l'une de l'autre et évoluant en même temps.

En résumé, toutes ces opinions sont acceptables et

peuvent expliquer le symptôme que nous étudions. Toutefois, nous croyons devoir discuter trois de ces opinions.

M. le professeur Charcot éloigne toute participation du nerf dans la production de la douleur. Il croit à une irritation locale produite par le sang chargé d'acide urique.

L'opinion émise par M. le professeur Charcot nous semble se rapprocher de la vérité. En effet, l'acide urique existe dans le sang des gouteux; or, cet acide joue dans le sang, le rôle d'un toxique. Rien d'étonnant à ce que ce toxique produise une irritation locale amenant une contraction douloureuse des muscles. Nous savons que si le muscle lui-même n'est pas envahi par les dépôts tophacés, le tendon, au contraire, en est le siège de prédilection. Dans ce cas, ce n'est pas le muscle en lui-même qui est irrité, mais le tendon qui, farci d'un corps étranger, fait contracter le muscle. Par conséquent la lésion du muscle est secondaire.

Braun invoque la dégénérescence de la fibre musculaire, et place, par suite, la lésion sous la dépendance du système nerveux. Nous ne pouvons pas admettre cette opinion. En effet, les centres nerveux ont été rarement reconnus envahis par les dépôts tophacés; et encore on n'a jamais trouvé ces dépôts que dans les tissus conjonctifs de ces centres. Il existe bien quelques observations dans lesquelles l'autopsie a décelé la présence de dépôts; dans une de ces observations, le névrième des nerfs périphériques était envahi par des dépôts

tophacés. Ces observations sont peu nombreuses et ne peuvent permettre de juger une question.

Reste la troisième opinion de MM. Jaccoud et Labadié-Lagrave. Voici comment concluent ces messieurs : « Aussi, nous considérons les crampes comme le résultat d'une ischémie locale et passagère, nécessairement accompagnée d'intoxication carbonique et d'altération de la substance musculaire. » Cette théorie a un défaut. MM. Jaccoud et Labadié-Lagrave oublient que l'athérome et les lésions qui en découlent ne sont pas propres à la goutte. En effet, la vieillesse, l'alcoolisme, le rhumatisme, la syphilis, l'intoxication saturnine sont aussi des facteurs de l'athérome. Il est plus sage de voir dans l'athérome une simple relation de coïncidence. La plupart du temps ces lésions artérielles se rencontrent, de préférence, chez les gouteux de vieille date qui, outre l'influence gouteuse, ont, du fait même de leur âge, bien des raisons de devenir athéromateux. L'athérome perd donc beaucoup de son importance.

Nous croyons qu'il est préférable d'admettre que ces crampes naissent sous l'influence d'excitations réflexes. Il n'est pas rare, en effet, de voir une attaque violente de goutte sur le gros orteil, être accompagnée de crampe dans le membre inférieur du côté opposé aussi bien que du côté atteint. L'excitation réflexe est bien nette dans ce cas.

A côté de ces crampes on a rencontré de véritables Myalgies chez les gouteux. La chose est incontestable.

Bien qu'on ne discute plus aujourd'hui la question

de savoir si le rhumatisme et la goutte sont identiques, on oublie qu'il est fréquent de trouver, chez les gouteux, des douleurs rhumatismales vraies.

La goutte ne met pas à l'abri du rhumatisme. Les deux manifestations peuvent coexister, et ce qu'on a pris pour une Myalgie goutteuse n'était autre qu'une Myalgie rhumatismale survenant pendant un accès de goutte.

La goutte est rare, le rhumatisme est fréquent. Inconnue dans les pays chauds, la goutte est une maladie des climats tempérés, des grandes villes : le rhumatisme n'a pas de préférence sur ce point d'étiologie. La goutte est aristocratique, tandis que le rhumatisme s'attaque aux gens menant une existence rude. Le froid engendre le rhumatisme ; les excès de table favorisent la goutte.

Rien n'empêche un gouteux de prendre froid et d'avoir, à la suite de ce refroidissement, une attaque de rhumatisme, ou tout au moins une Myalgie d'origine rhumatismale. Remarquons que le gouteux est un homme fatigué, terrassé par son affection et ressemblant absolument aux gens qui se livrent à un travail excessif, pénible ; c'est un surmené qui se trouve remplir toutes les conditions pour devenir rhumatisant.

On rencontre donc, dans le cours de la goutte, deux sortes de Myalgies. L'une, caractérisée par les crampes, appartient en propre à la goutte et naît sous l'influence d'excitations réflexes. L'autre, caractérisée par une douleur siégeant dans un muscle, est d'origine rhumatismale.

Nous laissons de côté la goutte saturnine. Nous ne croyons pas devoir faire ici cette étude qui nous obligerait à revenir sur un sujet déjà traité, et serait la cause de redites que nous jugeons inutiles.

MYALGIE SATURNINE

Les saturnins présentent fréquemment des douleurs rhumatoïdes siégeant dans les muscles. Ces douleurs sont très variables dans leurs formes et dans leurs degrés.

Tantôt, une lassitude, une sensation de fatigue sera le seul symptôme qu'observera le clinicien. D'autres fois, les douleurs seront beaucoup plus vives, au point de devenir contusives, lancinantes, dilacérantes même.

Tantôt, les douleurs naissent spontanément avec exacerbations nocturnes ; tantôt, enfin, mais plus rarement, elles sont provoquées par la pression, le mouvement. La chaleur peut aussi bien les calmer que les exaspérer.

Ces douleurs ne sont jamais accompagnées de fièvre.

Les auteurs anciens, Sauvages, entre autres, voyaient une telle ressemblance entre ces douleurs et celles du rhumatisme musculaire, qu'ils appelaient ces Myalgies : rhumatisme métallique.

Ces douleurs offrent, en effet, une grande analogie

avec le rhumatisme musculaire. Comme la Myalgie rhumatismale, la Myalgie saturnine siège dans les muscles, principalement les membres inférieurs. La nature de la douleur est la même. La durée de ces deux affections est courte. La fièvre n'apparaît jamais. Toutefois, malgré cette similitude, nous ne pouvons pas admettre, comme dans la goutte, que ces douleurs sont de nature rhumatismale.

On trouve du plomb dans le sang, dans les organes des saturnins. Les vaisseaux sont frappés d'artériosclérose, parfois athéromateux. Nous avons vu, à propos de la goutte, la valeur de l'athérome. Le cœur est souvent hypertrophié. Les muscles sont primitivement diminués de volume. On constate l'atrophie simple et l'atrophie avec ou sans prolifération conjonctive et infiltration graisseuse (Gombault), mais le point de départ des paralysies saturnines est une névrite segmentaire. C'est à la périphérie des nerfs que s'attaque le poison. Nous croyons, avec Hermann, à une action primitive du plomb sur le système nerveux central, qui se manifesterait lorsque ce métal s'y serait accumulé, et, dans le cas qui nous occupe, les filets nerveux du grand sympathique sont très vraisemblablement le siège anatomique des Myalgies saturnines. En effet, les douleurs rhumatoïdes peuvent coïncider en une même région avec l'analgésie douloureuse ; mais elles cessent de se produire dès qu'il y a anodynisme. Un membre analgésique n'est susceptible de douleurs spontanées qu'autant qu'il a conservé son odynie intacte : or l'odynie a pour conducteur les filets nerveux du grand sympathique.

Donc, ces douleurs ne sont pas rhumatismales, et ont pour origine les filets nerveux du grand sympathique.

Ces douleurs musculaires ne constituent pas les seules Myalgies qu'on puisse observer dans l'intoxication saturnine. Il existe aussi des crampes douloureuses, qui se manifestent principalement lors d'une attaque de colique ou dans la première période de la paralysie motrice.

Ces crampes sont spontanées ou provoquées par de fausses positions, par l'extension forcée ou même par des attouchements. La plupart du temps, ces crampes sont espacées et ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles se répètent assez fréquemment pour devenir presque continues. Dans ce cas, elles deviennent très pénibles.

Comme dans la goutte, il nous faut admettre que l'origine de ces crampes consiste dans une excitation réflexe.

En résumé, comme les gouteux, les saturnins éprouvent deux sortes d'affections douloureuses des muscles, des douleurs proprement dites et des crampes douloureuses. Les premières ont pour conducteurs les filets nerveux du grand sympathique, les crampes ont pour point de départ une excitation réflexe.

MYALGIES INFECTIEUSES BÉNIGNES

Les syphiliques éprouvent souvent, dès le début de l'affection, un sentiment de lassitude, de fatigue musculaire, de courbature ; les malades sont paresseux, incapables de tout travail soit physique, soit intellectuel.

C'est à ce moment qu'apparaissent les douleurs musculaires occupant le muscle. Ces douleurs sont sourdes, s'exaspèrent, par les mouvements, la pression. Tout se passe comme dans un rhumatisme musculaire et on ne constate rien d'anormal dans l'état des muscles.

D'après le professeur A. Fournier, les muscles atteints de préférence sont ceux des cuisses et des jambes, de l'épaule, de l'avant-bras, le trapèze, les muscles de la région lombaire. Ces douleurs, plus vives chez l'homme que chez la femme, présentent les exacerbations nocturnes propres aux souffrances de la syphilis.

Contrairement aux Myalgies que nous venons de passer en revue, il existe une réaction fébrile plus ou

moins prononcée, avec insomnie, sueurs, état anémique. Cette variété de Myalgie a une durée plus longue que la Myalgie rhumatismale et ne cesse que sous l'action du traitement anti-syphilitique.

Mais à côté de cela, quelques signes peuvent faire reconnaître et diagnostiquer la Myalgie syphilitique.

La plupart du temps, une éruption caractéristique, l'adenopathie, l'absence d'antécédents rhumatismaux, la cicatrice de l'accident initial viendront mettre le clinicien sur la voie et confirmer le diagnostic de syphilis musculaire, de Myalgie syphilitique.

A côté des symptômes que nous venons de passer en revue, il faut noter la débilité musculaire. Le syphilitique se voit rapidement obligé de renoncer aux travaux de force. Dès qu'il veut tenter un effort, il se voit épuisé, essoufflé. Puis en même temps que les muscles perdent leurs forces, ils maigrissent, diminuent de volume, perdent leur relief. Mais sous l'influence du traitement, il se fait une restitution rapide. Quelquefois aussi le tissu musculaire reste très longtemps à se remettre, quelquefois même il ne se remet jamais. M. le professeur Fournier cite le cas d'un lutteur qui, à la suite de la vérole, dut abandonner sa profession.

Voilà le cas le plus simple de Myalgie syphilitique. Il en est une autre qui a reçu un nom particulier.

Nous voulons parler de cette contraction douloureuse du biceps, décrite pour la première fois par Notta, de Lisieux, et qui, en 1876, fut l'objet de leçons cliniques faites par M. Maurice.

Cette affection s'observe à toutes les périodes de

la syphilis. Notta considère l'affection syphilitique du biceps comme un accident tertiaire, mais il mentionne quelques cas où elle rentrerait dans la classe des accidents secondaires. Mauriac en fait un symptôme précoce, se rencontrant surtout dans les premières phases de la maladie.

Le début de cette affection est lent. Le malade commence par éprouver une gêne dans la région du coude; le bras est raide; puis il s'aperçoit qu'il ne peut plus étendre complètement l'avant-bras sur le bras. Veut-il essayer? Il ne le peut, même au prix des plus grands efforts. Tente-t-il le redressement? Il ne peut y parvenir, et ces essais lui causent de la douleur.

La myopathie reste stationnaire quelque temps. Mais bientôt les mouvements deviennent de plus en plus limités et obligent le malade de venir consulter.

Quelquefois, des signes incontestables de syphilis permettent de poser immédiatement le diagnostic.

L'examen de la région montre que l'articulation est intacte, ainsi que les bourses tendineuses. Quant au tendon, dit Mauriac, il est toujours dur, rigide, saillant, tendu comme une corde, entre le muscle et son point d'insertion sur le radius; en un mot, on le trouve dans le même état que pendant une violente contraction du muscle, et c'est le contraste entre cette tension et l'inertie apparente de la fibre musculaire qui est vraiment curieux. Le muscle est flasque plutôt que dur; cependant il est raccourci, ramassé sur lui-même et « s'il n'a pas la fermeté et la dureté du tissu musculaire en état de contraction, il n'a pas non plus la

flaccidité du muscle au repos. Ce n'est pas une douleur spontanée. C'est une douleur provoquée, vive, ayant pour siège d'élection l'insertion de la portion charnue du muscle sur le tendon ; la pression directe, portant sur ce point, est également douloureuse ». Notta.

Il ne faut pas croire que le biceps soit le seul muscle pouvant être atteint de cette affection. Notons que ces myopathies s'accompagnent de crampes, de douleurs lancinantes, principalement pendant la nuit.

Abandonnée, la contracture peut durer pendant des mois et des années. Sans traitement, elle diminue graduellement et finit par disparaître. Traité par les médicaments spécifiques, elle guérit radicalement en quelques mois. Elle ne compromet donc pas la structure du muscle ou du tendon, est par conséquent bénigne, comme les autres Myalgies.

M. Mauriac montre que le raccourcissement du tendon est surtout apparent et n'est pas plus prononcé que celui qu'on constate lors de la contraction normale du biceps ; d'autre part, le muscle lui-même est, sinon rigide, du moins revenu sur lui-même, et sensé contracturé ; exploré par le courant faradique, il montre une diminution notable de la contractilité aussi bien que de la sensibilité électrique ; tous arguments qui forcent à regarder le muscle comme étant le siège principal, sinon unique de l'affection. Dans l'opinion de M. Mauriac, la myopathie bicipitale se rattache à une lésion hyperhémique ou sub-inflammatoire du muscle. Si le biceps est frappé de préférence, cela peut

tenir à ce que, par sa contraction incessante, il est sollicité à réagir d'une façon morbide, à s'enflammer, à se contracturer.

Ces symptômes s'accompagnent d'une douleur qui siège au niveau du pli du coude, au côté interne du tendon du biceps, et plus près de l'insertion des fibres musculaires que de l'insertion radiale. Quand le membre est immobile, la douleur ne se fait pas sentir. L'existence de cette douleur au point de l'émergence des fibres tendineuses n'est pas une règle générale. Notta cite plusieurs observations dans lesquelles la douleur siégeait au niveau de l'insertion radiale du biceps. (Thèse Prost.)

M. Mauriac a, en outre, signalé un autre point douloureux qu'il appelle « periolécranien ». Il est situé au-dessus de l'interligne articulaire, entre l'olécranon et l'épitrôchlée, et répond assez exactement à l'insertion des fibres musculaires du triceps sur les aponévroses qui terminent le muscle à sa partie inférieure. Cette douleur ne se révèle qu'à la pression et paraît due à l'envahissement du triceps par le processus morbide. (Prost.)

La flexion se fait aisément et le malade peut même soulever des poids considérables sans ressentir aucune gêne; quelquefois, cependant, lorsque l'effort est trop violent, il existe une douleur très légère au niveau du corps musculaire. Notta insiste sur ce fait étrange que pendant la contraction même du biceps, il n'y a pas de douleurs, et qu'au contraire, à la moindre tentative de redressement de l'avant-bras, elles sont très vives, surtout aux extrémités tendineuses du muscle.

Ce fait ne peut-il pas s'expliquer par un certain degré de myosite? Les fibres musculaires, d'abord irritées par l'exsudat qui se dépose entre elles, se rétractent et, dans ce mouvement, entraînent les fibres tendineuses qui se tendent, à leur tour, par un simple effet mécanique et font, sous la peau, le relief caractéristique de l'affection syphilitique du biceps. En les forçant par l'extension à reprendre leur position normale, on les étire, on les tiraille, et il en résulte cette douleur si vive qui, partant du corps musculaire, s'irradie vers les extrémités tendineuses. Dans la flexion, pas de douleurs, car les fibres musculaires ne subissent elles-mêmes aucune violence, aucun tiraillement. (Prost.)

SCARLATINE

Il n'est pas rare, à toutes les époques de la scarlatine, soit pendant la période aiguë, soit pendant le décours, de voir apparaître certaines manifestations rhumatismales, tantôt du côté des articulations, tantôt du côté des muscles seulement. Ces manifestations ont une prédilection très marquée et se portent principalement sur les sterno-mastoïdiens, sur les muscles du cou. Il en résulte un torticolis, dit torticolis scarlatineux, avec douleur et difficulté de relever la tête. Aux membres inférieurs, les muscles des lombes, des cuisses, des mollets peuvent être aussi le siège de douleurs très vives.

Nous ne voyons pas la nécessité de répéter ici ce que nous avons déjà dit au sujet des symptômes du torticolis.

Remarquons, toutefois, que ces douleurs apparaissent au milieu d'un redoublement de fièvre.

Sauf cette différence, le torticolis scarlatineux présente le même aspect que le torticolis acquis. Comme ce dernier, il est de courte durée, il est léger. Toute-

fois, ce n'est qu'exceptionnellement qu'on a vu un torticollis scarlatineux durer un septenaire ou plus.

Les phénomènes myalgiques qui se manifestent dans le cours de la scarlatine sont de nature rhumatismale; ils se développent en vertu d'une affinité très grande du rhumatisme pour la scarlatine, affinité qui reconnaît pour cause une diathèse rhumatismale préexistante ou la modification que la scarlatine imprime à la peau, modification analogue à celle que produit le rhumatisme (sueurs, refroidissement).

MYALGIES INFECTIEUSES MALIGNES

Nous décrivons dans ce chapitre deux sortes de Myalgies ayant ensemble une très grande ressemblance, surtout au point de vue anatomique, et qui se terminent généralement par suppuration, ainsi que cela a lieu dans les pseudo-rhumatismes infectieux.

Dans le cours de la variole, on rencontre des hémorrhagies musculaires qui se produisent par petits foyers qui suppurent, se sphacèlent, ou bien s'enkystent et se résorbent. M. Hayem pense que c'est l'endartérite qui est la lésion primitive et que les altérations musculaires ne se produisent qu'en second lieu. Pour Zeuker, au contraire, les hémorrhagies seraient dues à la rupture des fibres musculaires. Ces hémorrhagies musculaires, de même que celles de la fièvre typhoïde, affectent certains sièges de prédilection : les muscles de la cuisse, les grands droits de l'abdomen. En dehors des hémorrhagies, on constate des douleurs musculaires correspondant à des parties atteintes de myosite. « Très souvent, dit M. Hayem, j'ai produit de vives douleurs en comprimant, même légèrement, les mus-

cles des cuissés, des mollets, et lorsque ces malades venaient à succomber, les muscles les plus altérés étaient précisément ceux qui, pendant la vie, avaient paru le plus douloureux à la pression.

Dans la fièvre typhoïde, les déterminations musculaires sont assez rares. Les unes se montrent parfois dès le début de l'affection, elles présentent à l'observation des douleurs très vives ; d'autres fois, elles se montrent au déclin de la maladie avec tendance à la suppuration. Cette tendance à la suppuration distingue complètement le rhumatisme de ces accidents infectieux. D'autre part, l'absence d'abcès viscéraux ne permet pas de les rapporter à la pyémie (Bourcy). On trouve dans le pus des organismes inférieurs.

Il est, enfin, une dernière variété de maladie infectieuse dans laquelle on rencontre des douleurs musculaires. Nous voulons parler de la morve.

Cette affection est produite par le contact d'un animal ou d'un homme atteint de morve.

Les douleurs musculaires apparaissent soit dès le début, soit pendant le cours de cette affection.

Au début, ces douleurs sont générales ; c'est un brisement de tout le corps avec des éclairs de douleurs qui traversent les muscles du tronc et, principalement, ceux du dos et des lombes, ou bien c'est une sorte de crampe qui occupe les mollets et les avant-bras. Ces douleurs sont extrêmement violentes et peuvent se déplacer. Elles ne sont accompagnées ni de gonflement, ni de rougeur de la peau. Voilà pour les douleurs prodromiques de la morve.

sans aucun mouvement fébrile, et ne laisse après elle aucune lésion. Le rhumatisme musculaire, du reste, se termine plus souvent par résolution que par atrophie. La terminaison par suppuration est exceptionnelle. En résumé, les Myalgies rhumatismales sont absolument bénignes. Les complications viscérales sont peu fréquentes.

La goutte, au contraire, présente un mouvement fébrile. Les crampes se répètent plusieurs fois dans le cours d'une même nuit. A proprement parler, on ne peut donner une durée exacte à cette sorte de Myalgie.

Dans l'intoxication saturnine, les Myalgies ont une durée assez longue, elles disparaissent pour reparaitre quelque temps après. Toutefois, les crampes ne se répètent pas assez vite pour devenir presque continues. Ces Myalgies aboutissent, la plupart du temps, à la paralysie.

Dans les Myalgies infectieuses inflammatoires, nous constatons deux divisions : les unes sont bénignes, les autres malignes.

Dans les Myalgies infectieuses bénignes, la syphilis nous offre deux types :

La Myalgie, simple douleur musculaire, avec réaction fébrile, amène rapidement une débilité musculaire très marquée. Mais cette débilité cède généralement assez vite au traitement approprié, sans laisser aucune lésion musculaire derrière elle. La durée de cette Myalgie est variable et ne dépasse guère quelques semaines.

L'affection syphilitique du biceps a une marche et

une durée plus lentes ; elle peut durer des mois, des années. Toutefois, sous l'influence du traitement, elle ne dure en général que quelques mois, et se termine par une résolution complète.

La Myalgie de la scarlatine a la même marche, la même durée, la même terminaison que la Myalgie rhumatismale. La seule différence consiste en ce que dans cette fièvre éruptive, l'apparition de la Myalgie est annoncée par un mouvement fébrile.

Enfin, dans les Myalgies infectieuses malignes, la marche de la Myalgie répond absolument à celle de l'affection. La fièvre est vive, les douleurs sont pénibles et la terminaison est la dégénérescence graisseuse et cireuse la suppuration.

